

Visão da população em situação de rua acerca do acesso à assistência em saúde

The vision of the population in street situation about the access to health care

La visión de la población en situación callejera sobre el acceso a la atención médica

RESUMO

Objetivo: Analisar a visão dos usuários em situação de rua acerca do acesso à assistência em saúde. Métodos: Estudo descritivo, exploratório de natureza quantitativa. Para as análises descritivas, a frequência e a porcentagem foram utilizadas para as variáveis categóricas. O teste Shapiro-Wilk foi o escolhido para avaliar a normalidade da distribuição de dados, enquanto o teste de Fischer foi usado para realizar a análise comparativa das variáveis categóricas. Resultados: Foram entrevistados 30 pessoas. Por meio de Teste de Shapiro Wilk obteve-se um p valor = 0,504, com uma média de idade de 41,23 anos, variando de 19 a 62 anos de idade. Conclusão: A maioria da população em situação de rua na região Centro Sul em Belo Horizonte, possui cadastro no sistema único de saúde e não apresenta dificuldades em acessar o serviço. Presta-se uma assistência de qualidade, verificando a vinculação desse público à atenção primária do município.

DESCRIPTORIOS: Pessoas em Situação de Rua; Populações Vulneráveis; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Objective: To analyze the view of homeless users about access to health care. Methods: Descriptive, exploratory study of a quantitative nature. For descriptive analyses, frequency and percentage were used for categorical variables. The Shapiro-Wilk test was chosen to assess the normality of data distribution, while the Fischer test was used to perform the comparative analysis of categorical variables. Results: 30 people were interviewed. Through the Shapiro Wilk Test, a p value = 0.504 was obtained, with a mean age of 41.23 years, ranging from 19 to 62 years of age. Conclusion: The majority of the homeless population in the Center-South region of Belo Horizonte, is registered in the unified health system and has no difficulties in accessing the service. Quality care is provided, verifying the link between this public and the municipality's primary care.

DESCRIPTORS: Homeless People; Vulnerable Populations; Access to Health Services; Health Unic System

RESUMEN

Objetivo: Analizar la visión de los usuarios de la calle sobre el acceso a los servicios de salud. Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, de carácter cuantitativo. Para los análisis descriptivos, se utilizaron la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas. Se eligió la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la distribución de datos, mientras que la prueba de Fischer se utilizó para realizar el análisis comparativo de variables categóricas. Resultados: 30 personas fueron entrevistadas. Mediante el Test de Shapiro Wilk se obtuvo un valor de p = 0,504, con una edad media de 41,23 años, con un rango de 19 a 62 años. Conclusión: La mayoría de la población sin hogar de la región Centro-Sur de Belo Horizonte, está registrada en el sistema único de salud y no tiene dificultades para acceder al servicio. Se brinda atención de calidad, verificando el vínculo entre este público y la atención primaria del municipio.

DESCRIPTORIOS: Personas en situación de calle; Poblaciones vulnerables; Acceso a los Servicios de Salud; sistema único de Salud

RECEBIDO EM: 07/10/2022 APROVADO EM: 07/11/2022

Amanda Fernandes Cardoso Paz

Enfermeira formada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, (FCM-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-4575-8133

Fernanda Fagundes Pereira

Enfermeira formada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, (FCM-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1988-7505

Alessandra Silva Lima Jardim

Enfermeira. Mestre Enfermagem, Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, (FCM-MG), Belo Horizonte, MG-Brasil, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-0108-5002

Isabela Mie Takeshita

Enfermeira. Mestre Enfermagem, Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, (FCM-MG), Belo Horizonte, MG-Brasil, Minas Gerais, Brasil.
ORCID:0000-0002-1710-7555

Claudirene Milagres Araújo

Enfermeira. Mestre Enfermagem, Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, (FCM-MG), Belo Horizonte, MG-Brasil, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-0241-4445

Brisa Emanuelle Silva Ferreira

Enfermeira. Mestre em Saúde e Enfermagem, Professora Adjunta do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG.
ORCID: 0000-0001-5514-5475

INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) é um grupo de pessoas com modos de vida e relações variadas, que por motivos diversos, romperam seus laços familiares, resultando em precarização das condições de vida e inexistência de moradia convencional regular¹. Diversos fatores agravam esse contexto, como a desigualdade social e o preconceito sofrido por essas pessoas, o que demanda discussões acerca dos cuidados de saúde para essa população com necessidades singulares².

No ano de 2009 foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) por meio do decreto nº7.053 que tem como premissa o respeito à dignidade da pessoa humana, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e respeito às condições sociais e diferenças sexuais, religiosas e raciais desses indivíduos³.

Existem ações descentralizadas e articuladas entre a União e demais entes federativos, ocorrendo uma efetivação dos direitos e reintegração a PSR em redes familiares e comunitárias. Entretanto, há desarticulação entre os setores da saúde, promovendo descontinuidade dos programas voltados à PSR, com práticas paliativas, de isolamento e medicalizadoras⁴.

Para que isso ocorra, um olhar mul-

tiprofissional que garanta a equidade do serviço prestado conforme os princípios do SUS é essencial⁵.

O SUS tem como princípio modificar o cenário de desigualdade na assistência à saúde, tornando obrigatório o atendimento a todo cidadão brasileiro ou estrangeiro, disponibilizando o serviço de saúde, em todos os níveis de atendimento com integridade, equidade e universalidade⁶.

A inclusão da população em situação de rua na assistência em saúde nos diversos níveis de atenção nada mais é do que um direito garantido em nossa constituição⁷.

No Brasil há expressivo quantitativo de pessoas em situação de rua, sendo que, a Região Norte apresenta 4.399 indivíduos, a Centro-Oeste 8.777 indivíduos, a Região Sul com 16.021 indivíduos, a Região Nordeste 22.864 pessoas e a Região Sudeste com 49.792. Totalizando 101.854 pessoas em situação de rua, a Região Sudeste destaca-se com o maior percentual de PSR, da ordem de 48,89% e a região Norte com o menor percentual de 4,39%⁸.

Em 2018 a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, publicou que haviam 5.607 pessoas inscritas como pessoas em situação de vida nas ruas. Quando analisadas por regionais, a Centro-Sul tem 3.292 pessoas (58,71%), Barreiro tem 212 (3,78%), Leste com 376 pessoas (6,71%), Nordeste 64 (1,14%), Noroeste 580 (10,34%), Norte com 699 (12,47%), Oeste com 50 (0,89%),

Pampulha com 63 (1,12%), Venda Nova com 180 pessoas (3,21%) e em endereços não gerenciados com 91 (1,62%)⁴.

Instituições de saúde e seus profissionais possuem pouca experiência no acolhimento de pessoas em situação de rua, bem como desconhecem suas necessidades, o que pode ocorrer devido ao estigma desse grupo, bem como condições precárias de higiene pessoal e uso de drogas e álcool. Como resultado, essas pessoas em situação de rua vivenciam dificuldades de acesso para agendamento de consultas e flexibilização de horários, percalços na Rede de Apoio para internação, o que aumenta mais sua invisibilidade social⁹.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar a visão dos usuários em situação de rua acerca do seu acesso à assistência em saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, exploratório de natureza quantitativa. Para as análises descritivas, a frequência e a porcentagem foram utilizadas para as variáveis categóricas, além da média ou mediana, conforme adequado, para variáveis contínuas. O teste Shapiro-Wilk foi o escolhido para avaliar a normalidade da distribuição de dados, enquanto o teste de Fischer foi usado para realizar a análise comparativa das variáveis categóricas. Os valores de $p \leq$

0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 22.0 para Windows. A pesquisa foi realizada na região centro-sul, por deter mais da metade desse público, sendo a amostra da pesquisa composta por indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos com 18 anos ou mais, do sexo feminino ou masculino e que se encontrava na região centro-sul. O critério de exclusão foi a não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram realizadas de segundas a quartas feiras de junho a julho de 2020.

O trabalho teve início após a autorização da coleta de dados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Ciências Médicas e do local do estudo, com o parecer número: 15740719.9.0000.5134. Foi solicitado que os participantes assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido, onde eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, riscos, benefícios e confidencialidade deste estudo.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 30 pessoas em situação de rua, sendo 25 homens, e 5 mulheres, o sexo masculino predomina por (83,33%) dos entrevistados. Por meio de Teste de Shapiro Wilk obteve-se um p valor = 0,504, com uma média de idade de 41,23 anos, variando de 19 a 62 anos de idade. Ao estabelecer os intervalos de confiança das idades, demonstrou-se não haver diferenças significativas entre as médias de idades de homens e mulheres.

Os participantes se declararam pardos com a porcentagem de 66,7% (n=20), pretos 20% (n=6) e brancos com 13,3% (n=4).

Realizou-se o cruzamento das variáveis sexo/gênero e grau de escolaridade, sendo os resultados apresentados na tabela a seguir:

Em relação à naturalidade dos entrevistados, um percentual de 40% (n= 12) são de Belo Horizonte, 23,3% (n=7) são de cidades do interior de Minas Gerais, 30% (n=9) são de outros estados e 6,7% (n=2) são naturais de outros países da América do Sul.

Em relação ao nível de escolaridade, 43,3% (n=13) possuem ensino fundamental completo, 36,7% (n=11) possuem ensino médio completo, 13,3%

(n=4) possuem fundamental incompleto, 3,3% (n=1) possui curso superior e apenas 1 entrevistado (3,3%) não sabe ler e escrever.

Não houve diferença significativa sexo/gênero dos entrevistados e escolaridade pelo Teste de Fischer p=0,145.

Buscou-se uma possível relação entre sexo/gênero e consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco. Pelo Teste Exato de Fischer houve diferenças,

Tabela 1 - Associação entre sexo/gênero e consumo de álcool, drogas e tabaco pelos entrevistados, 2020.

Dependência	Homens (n)		Mulheres (n)		p valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
Álcool	22	2	2	0	0,018
Drogas	15	9	1	1	0,011
Tabaco	14	10	1	1	0,13

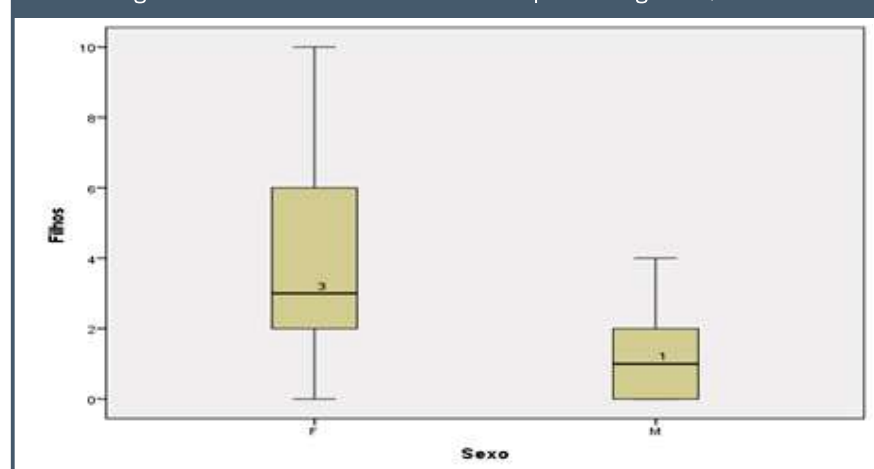
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 2 - Associação entre escolaridade e consumo de álcool, drogas e tabaco pelos entrevistados, 2020.

Dependência	Fundamental Incompleto (n)	Fundamental completo(n)	Médiocompleto(n)	Superior completo(n)	p valor* completo(n)
Álcool	3	10	10	1	0,328
Drogas	3	8	4	1	0,385
Tabaco	3	6	5	1	0,656

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Figura 2. Mediana do número de filhos por sexo/gênero, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

demonstrando que ocorre maior consumo por homens nas três variáveis analisadas.

A análise do consumo de álcool, drogas ilícitas e tabaco em relação ao grau de instrução dos participantes não demonstrou diferenças significativas por meio do Teste de Fischer:

Quanto ao estado civil, um percentual de 90% (n=27) são solteiros, 6,7% (n=2) são casados e 3,3% (n=1) é divorciado.

Em relação a filhos, 60% (n= 18) possuem filhos e 40% (n=12) declaram não ter. Observou-se que a mediana para as mulheres corresponde à 3 filhos e para os homens, a mediana equivale a 1 filho.

Em relação à possíveis deficiências, 90% (n=27) declaram não possuir nenhuma, enquanto apenas 10% (n=3) possuem deficiências. Dentre os entrevistados com deficiências, 1 mulher citou grande dificuldade de locomoção devido à obesidade e outros 2 moradores do sexo masculino mencionaram atrofia e paresia de membro superior.

Quanto às comorbidades evidenciadas, 73,3% (n= 22) referiram não possuí-las, 6,7% (n= 2) relataram possuir diabetes, 6,7% (n= 2) hipertensão,

6,7% (n= 2) doenças respiratórias, 1 entrevistado referiu anemia e outro entrevistado relatou possuir hérnia, correspondendo cada um a percentual de 3,3%.

Dentre os motivos que levaram os entrevistados a morarem nas ruas foi evidenciado um percentual de 50% (n=15) com rompimento de vínculos familiares, 16,7% (n=5) relataram o uso de álcool e drogas ilícitas, 13,3% (n= 4) não quiseram relatar o motivo, 10% (n=3) por desemprego e outros 10% (n=3) referiram opção própria.

Um percentual de 83,3% possui cadastramento no Sistema Único de Saúde. Foi evidenciado que 73,4% possui acesso a benefícios concedidos pelo governo, sendo 46,7% (n=14) possuem bolsa família e 26,7% (n=8) possuem auxílio emergencial.

Em relação à naturalidade do entrevistado e a forma como foi recebido nos serviços de saúde não houve diferenças significativas (Teste exato de Fischer p =0,151). Menciona-se como observação que os 2 entrevistados de outros países nunca acessaram o serviço de saúde de BH.

Não houve diferença entre o motivo que levou o entrevistado a morar nas

ruas e o tratamento dispensado pelo profissional de saúde em sua abordagem pelo teste exato de Fischer (p= 0,953).

DISCUSSÃO

Historicamente, a atenção dada pelo poder público à PSR era pautada em práticas higienistas e repressivas, nas quais o indivíduo era estigmatizado por sua condição, obrigado a viver à margem, para que sua presença não gerasse incomodo à sociedade que o reprimia. A Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua destaca a importância de ações intersetoriais, considerando habitação, educação, trabalho, além da própria assistência à saúde direcionada a esse público. Pensar a saúde dessa população significa traçar um perfil para a identificação desse público e suas demandas para que, por meio desses dados, sejam traçadas ações de saúde intersetoriais que abarquem as necessidades desse público.

Estudos retratam que moradores de rua vivem a exclusão e marginalização da sociedade e que procuram as regiões centrais das cidades para viverem;

Tabela 3 - Associação entre como foi recebido e naturalidade dos entrevistados, 2020.

		Como foi recebido				Total	
		Ótimo	Bom	Regular	Nunca acessou o serviço de saúde		
Naturalidade dos participantes	Belo Horizonte	Contagem	3	8	0	1	12
		%	25%	66,7%	0%	8,3%	100%
	Cidade do interior MG	Contagem	1	5	1	0	7
		%	14,3%	71,4%	14,3%	0%	100%
	Outros estados	Contagem	1	6	0	2	9
		%	11,1%	66,7%	0%	22,2%	100%
	Outros países	Contagem	0	0	0	2	2
		%	0%	0%	0%	100%	100%
Total	Contagem	5	19	1	5	30	
	%	16,7%	63,3%	3,3%	16,7%	100%	
	P valor	0,151					

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 4 – Associação entre como foi recebido e Grau de instrução dos participantes, 2020.

		Grau de instrução dos participantes					Total	
		Analfabeto	Fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio completo	Superior completo		
Como foi recebido	ótimo	n	0	0	1	4	0	5
		%	0%	0%	20%	80%	0%	100%
	bom	n	1	3	10	5	0	19
		%	5,3%	15,8%	52,6%	26,3%	0%	100%
	regular	n	0	0	0	1	0	1
		%	0%	0%	0%	100%	0%	100%
	nunca acessou o serviço de saúde	n	0	1	2	1	1	5
		%	0%	20%	40%	20%	20%	100%
	Total	n	1	4	13	11	1	30
		%	3,3%	13,3%	43,3%	36,7%	3,3%	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

por esses locais conterem grandes centros comerciais que contribuem para o acesso aos serviços básicos e ajuda de terceiros^{10,11}.

São inúmeros os fatores que levam as pessoas a viver nas ruas, sendo a perda dos vínculos familiares citada por mais da metade dos entrevistados no presente estudo. Em pesquisa realizada no município de BH, 35,7% indicou que o principal fator motivador para a vivência nas ruas foram problemas familiares⁴. Resultados semelhantes foram encontrados por Balieiro que evidenciou os conflitos e falta de apoio na convivência familiar como fator motivador do abandono de seus lares e famílias¹². Complementando, houve aumento na proporção de indivíduos que passaram a conviver com amigos e pessoas sem relação de parentesco em detrimento da convivência em família¹³.

Além dos conflitos familiares, também são citados o uso de álcool e/ou outras drogas, falta de moradia e desemprego⁷. O consumo de drogas tem se destacado. Estudo realizado na região central de Belo Horizonte, mostrou que as drogas lícitas mais ingeridas foram o cigarro e a bebida alcoólica sendo tais dados semelhantes aos do presente estudo¹⁴.

Estudo demonstrou o maior consumo de drogas por homens em detrimento do consumo por mulheres. Os homens apresentam predisposição na utilização de drogas ilícitas precocemente, por um período indeterminado em grande quantidade¹⁵. Na presente pesquisa, o consumo de álcool, drogas e tabaco foi maior pela população masculina.

Comparando a população total dos entrevistados que vivem em situação de rua, na região centro sul, em Belo Horizonte, foi possível observar que mais de 83,3% pertenciam ao sexo masculino. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada pelo Ministério da Cidadania na qual 82% dos moradores em situação de rua pertenciam ao sexo masculino¹⁶.

A população masculina vivendo nas ruas sempre foi superior à feminina. O fato do número de mulheres ser inferior pode ser explicado pelas diferenças culturais com relação ao ambiente em que vivem, ou até mesmo o ambiente familiar. O homem busca sobrevivência tornando-se o ambiente da rua social¹⁷. As mulheres tornam-se pelo gênero, mais vulneráveis a aspectos como abuso sexual, violências físicas e infecções sexualmente transmissíveis e

gravidez não planejada¹. Dessa forma, buscam a sua manutenção em um ambiente doméstico, mesmo que ele não ofereça a segurança almejada.

Na realidade estudada, a cor dominante declarada pelos entrevistados foi a parda com 66,7%, preta 20% e branca com 13,3%. Os dados vão de encontro ao senso realizado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, no qual 61% dos indivíduos se autodeclararam pardos, 23% pretos e 16% brancos⁴.

Em contraste, estudo realizado na cidade de Itajaí em Santa Catarina, a cor dominante foi a branca com 70,2%, pardas 22,4% e pretas 7,1%. A justificativa nos números comparados se dá pelo perfil migratório apresentado na Região Sul, no qual a predominância da população parda e preta é menor em relação ao resto do país¹⁸. De maneira geral os estudos não apontaram nenhum entrevistado que tenha se declarado como amarelo ou indígena.

Em relação ao grau de instrução, estudo demonstrou percentual de 47% de indivíduos com ensino fundamental incompleto e 20,4% com fundamental completo¹⁸. Em senso realizado na cidade de São Paulo, apenas 15% completaram o ensino fundamental¹³. Na presente pesquisa, obteve-se 43,3%

com fundamental completo e 36,8% com médio completo demonstrando grau de escolaridade que diverge das pesquisas anteriores.

No que se refere a busca por atendimento, pesquisa evidencia os serviços de urgência e emergência como os mais procurados por essa população. A inserção do morador em situação de rua no centro de saúde se dá por demanda espontânea, quando ele vai à unidade apresentando queixas e outras comorbidades¹⁹.

A procura por unidades de pronto-atendimento ocorre pela dificuldade de acesso à atenção primária²⁰. Em contrapartida, em nossa pesquisa, o nível de atenção mais procurado pelas PSR é a atenção primária, representada pelo Centro de Saúde Carlos Chagas. Há vínculo entre os profissionais de saúde e os entrevistados que mantem uma relação de respeito mútuo.

A APS (atenção primária à saúde), com seus profissionais habilitados são capazes de inserir as PSR em um novo contexto, o profissional que faz o acolhimento insere as pessoas em serviços que a UBS oferece a população. O atendimento à saúde dessa população não tem horário marcado com exato momento para ocorrer. O atendimento demanda tempo, colaboração, reconhecimento das dificuldades, para que o profissional possa proporcionar um cuidado eficaz, sendo nessa linha de organização que se cria o vínculo entre profissional e cliente por meio do entendimento das peculiaridades dessa população².

Os afetos criados são essenciais na vinculação com o outro. A população que vive nas ruas frequentemente é tratada sem empatia, sem a oportunidade de criação de vínculos¹. Contrapondo-se aos resultados da pesquisa anterior, demonstrou-se no presente estudo a vinculação com a atenção primária, com um percentual de 53,5% (n= 23) que alegam sua procura com frequência para a resolução de suas demandas.

A deficiência de acesso da PSR aos

serviços privados e públicos sempre esteve presente nas pesquisas. O acesso se refere à disponibilidade e capacidade de usar os serviços de saúde, considerado a primeira fase a ser enfrentada pelos usuários, na busca de atendimento para a resolução das suas necessidades¹⁹.

A equipe de saúde necessita de um olhar singular voltado para este público, na busca de estratégias que visem uma assistência de qualidade e que garantam esse acesso⁽²⁰⁾.

Estudos retratam dificuldades no acesso aos serviços de saúde relacionadas ao preconceito da comunidade e dos profissionais de saúde associadas à higiene precária, falta de documentação e cadastro nas unidades de saúde^{21,22}.

A ausência de cadastro e de documentação são fatores que podem impedir sua vinculação às unidades de saúde¹⁹. Fato demonstrado em pesquisa nacional que mostrou um percentual de 18% da PSR que não obteve acesso à assistência em saúde por não portar documentos e registro geral para acessar os serviços do SUS²³. Ao contrário, na presente pesquisa, identificou-se percentual elevado de pessoas com cadastro no SUS, o que favorece o acesso aos serviços de saúde por esse público.

Entretanto, a prevenção de comorbidades não é algo presente na rotina desse grupo. Percebe-se a dificuldade de identificar que é necessário o cuidado a saúde devido ao estilo de vida. A prevenção a saúde é melhor verificada em grupos com maior estabilidade, favorecendo a procura do indivíduo por emprego, moradia e família^{24,25}.

Em relação às comorbidades que mais acometem a PSR estão a tuberculose, infestações, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez de alto risco, saúde bucal comprometida, doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus), hepatites, uso exagerado de drogas lícitas e ilícitas²⁶. Comparativamente o nosso estudo identificou que 73,3% da PSR,

declararam não possuir comorbidades e as doenças apresentadas com o maior índice foram diabetes mellitus e hipertensão. Não foram encontrados em nossa amostra comorbidades infecciosas.

CONCLUSÃO

Acredita-se na relevância do presente estudo, pois permitiu visualizar, que a maioria da população em situação de rua na região Centro Sul em Belo Horizonte, possui cadastro no Sistema Único de Saúde e não apresenta dificuldades em acessar o serviço. Presta-se uma assistência de qualidade segundo os relatos dos entrevistados, por meio do conhecimento das condições desses usuários, vinculando-os à atenção primária.

É importante destacar que as causas que levaram esse público a morar nas ruas tais como conflitos familiares, uso de álcool e drogas, ausência de moradia, desemprego não interferiram nas condutas dos profissionais que mantiveram a assistência de forma humanizada.

Há inúmeros desafios impostos a gestores e técnicos, para gerir ações de forma coletiva, para aglutinar esforços e estratégias, enfatizando as diferenças e potencialidades desses sujeitos, a fim de dar a eles a visibilidade social. Os resultados positivos do acesso à saúde visualizados na presente pesquisa devem ser enfatizados como norteadores de caminho promissor para a inclusão desse público junto à sociedade.

Entretanto, como limitações do estudo, destaca-se o tamanho da amostra e que a mesma tenha contido apenas indivíduos atendidos no Centro De Saúde Carlos Chagas. Tal unidade é referência nacional no atendimento à População em Situação de Rua, sendo, portanto, um local com profissionais que lidam diariamente com pessoas em situação de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
2. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):211-20.
3. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 24 dez. 2009.
4. Prefeitura Municipal (BH), Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Plano municipal de assistência social 2018-2021 [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania; 2018 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/Files/dom22082018-cmas-resolucao%2021-anexo%20i.pdf>
5. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(6):1839-48.
6. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf
7. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Direito das pessoas em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; 2018 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: https://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_direitos_das_pessoas_situacao_de_rua_mpdf.pdf
8. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília: IPEA; 2016 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf
9. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31(7):1497-1504.
10. Carneiro Junior, N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):709-16.
11. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 Disponível: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
12. Balieiro EO, Soares CPD, Vieira E. Morador de rua: causas, entaves e serviços ofertados. *Temporalis.* 2017; 17(34):333-53.
13. Prefeitura Municipal (SP), Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2015.
14. Medeiros RP. Entre as andanças e as travessias nas ruas da cidade: territórios e uso de drogas pelos moradores de rua. *Civitas, Rev Ciênc Soc.* 2019; 19(1):142-58.
15. Oliveira JF, Nascimento ER, Paiva MS. Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007; 11(4):694-8.
16. Ministério da Cidadania (BR). População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam? [Internet]. Brasília: Ministério da Cidadania; 2019 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/relatorio/relatorio_221.pdf
17. Villa EA, Pereira MO, Reinaldo AMS, Neves NAP, Viana SMN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(5):2122-31.
18. Silva LJ, Lopes TM, Vernal JI. Sobre o perfil sociodemográfico da população em situação de rua de Itajaí/SC. *Rev Bras Tecnol Soc.* 2020; 7(1):25-36.
19. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *REME Rev Min Enferm.* 2019; 23:e-1157.
20. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1487-94.
21. Santana C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(8):1798-9.
22. Cervieri NB, Uliana CH, Aratani N, Fiorin PM, Giacon BCC. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.* 2019;15(4):1-8.
23. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivem em situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(supl1):732-40.
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas sociais: acompanhamento e análise [Internet]. Brasília: IPEA; 2010 [acesso 2022 jul. 31]. Disponível em: http://direitoshumanos.social.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/geral/livro_03_fundamentacao_em_dh_vol3_1.pdf
25. Canônico RP, Tanaka ACDA, Mazza MMPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um centro de saúde escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(spe):799-803.
26. Marin MJS, Moracvick MYAD, Marchioli M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Rev Enferm UERJ.* 2014; 22(5):629-36.